

DOI: 10.37988/1811-153X_2022_4_56

[В.В. Шкарин](#)¹,

д.м.н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

[Ю.А. Македонова](#)^{1,2},

д.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии ИИМФО; старший научный сотрудник лаборатории абилитации и реабилитации

[С.В. Дьяченко](#)¹,

ассистент кафедры стоматологии ИИМФО

[Л.М. Гаврикова](#)¹,

к.м.н., доцент кафедры стоматологии ИИМФО

[Д.А. Белоножкина](#)¹,

студент V курса стоматологического факультета

[И. Явуз](#)³,

PhD, профессор медицинского факультета

¹ ВолгГМУ, 400131, Волгоград, Россия

² Волгоградский медицинский научный центр, 400131, Волгоград, Россия

³ Университет Дикле, 21280, Диярбакыр, Турция

Эффективность трехэтапной схемы маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

Реферат. Проблема эффективной маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта остается актуальной. Цель — дополнить и систематизировать схему маршрутизации пациентов с данной патологией и оценить ее эффективность. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 32 пациента, обратившихся в стоматологические медицинские организации (СтМО) I уровня, 36 больных, наблюдаемых в СтМО II уровня, 46 пациентов из СтМО III уровня, которые были рандомизированы на 3 группы: I группа — пациенты, которые обратились в СтМО I уровня и к которым применялись общепринятые методы ведения больных; II группа — мониторинг пациентов осуществлялся в СтМО II уровня с применением общепринятого лечения, III группа — пациенты из СтМО III уровня, к которым применялась собственная оригинальная методика ведения. **Результаты.** На 3-й день терапии выраженность болевого синдрома (1,43 балла) была достоверно ниже в III группе как по отношению к показателям до лечения (2,84 балла), так и относительно показателей контрольной группы (1,85 балла, $p < 0,05$). Также присутствовала разница в выраженности интенсивности отека и гиперемии, который у пациентов III группы стал меньше в 1,2 раза от начала лечения и в 1,05 раза меньше показателей контрольной группы. Данная тенденция сохранялась на всех сроках наблюдения. При мониторинге течения красного плоского лишая у пациентов, наблюдаемых по месту жительства, выявлена положительная динамика, однако 38 пациентов в связи с неэффективностью лечения, согласно схеме маршрутизации, были направлены в стоматологические медицинские организации III уровня, где с помощью цифровых методов мониторинга и лечения достигнута клиническая стабилизация процесса. **Заключение.** Сравнительное клиническое исследование определило эффективность схемы маршрутизации для повышения качества оказания стоматологической помощи пациентам с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта.

Ключевые слова: красный плоский лишай, схема маршрутизации, эрозивно-язвенные поражения, телемедицинские технологии

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Шкарин В.В., Македонова Ю.А., Дьяченко С.В., Гаврикова Л.М., Белоножкина Д.А., Явуз И. Эффективность трехэтапной схемы маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта. — *Клиническая стоматология*. — 2022; 25 (4): 56—63. DOI: 10.37988/1811-153X_2022_4_56

[V.V. Shkarin](#)¹,

PhD in Medical Sciences, associate professor and head of the Public health and health care Department

[Yu.A. Makedonova](#)^{1,2},

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Dentistry Department; senior researcher of the Habilitation and rehabilitation Laboratory

[S.V. Dyachenko](#)¹,

assistant at the Dentistry Department

[L.M. Gavrikova](#)¹,

PhD in Medical sciences, associate professor of the Dentistry Department

[D.A. Belonozhkina](#)¹,

5th year student at the Dental Faculty

The effectiveness of a three-stage routing scheme for patients with lichen planus of the oral mucosa

Abstract. The problem of effective routing of patients with lichen planus of the oral mucosa remains relevant. The goal is to supplement and systematize the routing scheme of patients with this pathology and evaluate its effectiveness. **Materials and methods.** The study involved 32 patients who applied to dental medical organizations (StMO) of level I, 36 patients observed in StMO of level II, 46 patients from StMO of level III who were randomized into 3 groups: Group I — patients who applied to StMO of level I and to whom generally accepted methods of patient management were applied; Group II — monitoring of patients was carried out in StMO level II with the use of conventional treatment, group III — patients from StMO level III, to whom their own original management methodology was applied. **Results.** On the 3rd day of therapy, the severity of pain syndrome (1.43 points) was significantly lower in group III both in relation to the indicators before treatment (2.84 points) and relative to the indicators of the control group (1.85 points, $p < 0.05$). There was also a difference in the severity of the intensity of edema and hyperemia, which

I. Yavuz³,

Ed.D., professor, lecturer of the Faculty of Medicine

¹ Volgograd State Medical University, 400131, Volgograd, Russia

² Volgograd Medical Research Center, 400131, Volgograd, Russia

³ Dicle University, 21280, Diyarbakir, Turkey

in patients of group III became 1.2 times less from the start of treatment and 1.05 times less than in patients of the control group. This trend continued at all periods of observation. When monitoring the course of lichen planus in patients observed at the place of residence, positive dynamics was revealed, however, 38 patients due to the ineffectiveness of treatment, according to the routing scheme, were sent to dental medical organizations of the III level, where clinical stabilization of the process was achieved using digital monitoring and treatment methods. **Conclusion.** A comparative clinical study determined the effectiveness of the routing scheme to improve the quality of dental care for patients with lichen planus of the oral mucosa.

Key words: oral lichen planus, routing scheme, erosive and ulcerative lesions, telemedicine technologies

FOR CITATION:

Shkarin V.V., Makedonova Yu.A., Dyachenko S.V., Gavrikova L.M., Belonozhkina D.A., Yavuz I. The effectiveness of a three-stage routing scheme for patients with lichen planus of the oral mucosa. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2022; 25 (4): 56—63 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X_2022_4_56

ВВЕДЕНИЕ

В российских и международных научных отчетах по изучению распространенности заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) регистрируется наибольшая частота встречаемости красного плоского лишая (КПЛ), эрозивно-язвенной формы [1—5].

Сильная боль, канцерофобия, длительность течения, склонность к рецидивам приводят к развитию повышенной раздражительности и постоянной тревоги, ухудшая качество жизни [6—9]. Актуальный аспект этой медико-социальной проблемы — создание комплексного лечебно-диагностического алгоритма обследования, наблюдения и лечения пациентов [9—12].

Перспективное направление в стоматологии — применение цифровых технологий мониторинга и лечения пациентов [13—15]. В современной стоматологии для диагностики и мониторинга эрозивно-язвенных поражений КПЛ СОР применяются субъективные и объективные методы контроля, которые позволяют оценить первоначальное состояние патологического процесса, а также осуществлять динамическое наблюдение при помощи определенных критериев, однако применение их врачами-стоматологами на практическом приеме затруднено в связи со сложностью проведения процедуры и длительностью обследования [16—19].

Для объективного контроля течения патологического процесса на СОР при КПЛ был разработан аппаратно-программный комплекс для мониторинга и лечения эрозивно-язвенных поражений (патент РФ № 2022114570), который позволяет осуществлять дифференцированное ведение больного и корректировать схему терапии [20, 21].

Многие исследователи занимаются вопросами организации медицинской помощи пациентам. Отдельным предметом интереса служит исследование особенностей организации практической деятельности пациентам с заболеваниями СОР [22]. Актуальный подход выбора метода лечения — пациент-ориентированный, то есть

активное участие пациента и его комплаентность в процессе проводимого лечения [23, 24].

В системе российского здравоохранения предусмотрены три уровня стоматологических медицинских организаций (СтМО), оказывающих специализированную помощь пациентам [25]. Учреждения I уровня представляют собой отдельные стоматологические кабинеты, расположенные в составе многопрофильных медицинских организаций, а также на предприятиях и в учебных заведениях. К данному уровню относятся стоматологические кабинеты и отделения центральных районных больниц муниципальных образований Волгоградской области. В рамках работы врач-стоматолог выполняет несложные медицинские манипуляции, однако их перечень не утвержден. Основные функции данных организаций — оказание первичной и некоторых видов первичной специализированной стоматологической помощи, составление плана обследования пациента с заболеванием челюстно-лицевой области, а также их маршрутизация [26, 27]. Однако утвержденного алгоритма маршрутизации не существует.

Второй тип учреждений представлен профильными стоматологическими амбулаторными учреждениями (поликлиники) г. Волгограда и городов Волгоградской области. Лечение заболеваний полости рта в них оказывается по основным направлениям: терапевтическая, хирургическая, ортопедическая стоматология. Также предусматривается оказание узкоспециализированной помощи в условиях стоматологического кабинета. В данные СтМО включены как высококвалифицированные кадры, так и современные материально-технические средства. Однако в организационной структуре отсутствуют кабинеты для оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями СОР, несмотря на их высокую распространенность.

К медицинским организациям III уровня относят стоматологические медицинские организации субъектов Федерации, оказывающие специализированную консультативно-диагностическую, а также лечебную

высококвалифицированную и специализированную помощь населению. К данным учреждениям относятся лечебные базы профильных кафедр, а также стоматологическая поликлиника вуза.

Однако, несмотря на широко развитую организационную структуру стоматологических медицинских организаций, схема маршрутизации пациентов с КПЛ СОР в зависимости от принадлежности к различным уровням отсутствует [28].

Цель исследования — дополнить и систематизировать схему маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и оценить ее эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клиническое исследование были включены 114 пациентов от 45 до 59 лет с эрозивно-язвенной формой КПЛ, которые были разделены на 3 группы в зависимости от уровня СтМО и методов мониторинга и лечения:

- I — 32 пациента, которые обратились в СтМО I уровня и к которым применялись общепринятые методы ведения больных;**
- II — 36 больных, которым мониторинг и лечение патологии осуществлялись в СтМО II уровня с применением общепринятого лечения;**
- III — 46 пациентами из СтМО III уровня, к которым применялась собственная оригинальная методика ведения.**

Критерии не включения:

- социально незащищенные группы населения;
- острые инфекционные заболевания и декомпенсированные формы хронических соматических заболеваний;
- воспалительные заболевания пародонта в стадии обострения;
- наличие психического заболевания;
- наличие онкологических заболеваний;
- наличие очагов хронической инфекции в полости рта;
- выявленная аллергическая реакция на лекарственные препараты, применяющиеся в комплексном лечении;
- проявления КПЛ на кожных покровах.

Критерии исключения:

- отказ от прохождения всего объема исследований на любом его этапе;
- острые инфекционные заболевания и декомпенсированные формы хронических соматических заболеваний, выявленные в процессе исследования.

Трехэтапная система включает СтМО трех уровней, в которые обращаются пациенты с КПЛ СОР. При выявлении в СтМО I уровня типичной формы КПЛ СОР проводится лечение в соответствии с утвержденными протоколами и клиническими рекомендациями, при диагностировании других клинических форм или же при обострении типичной формы больной направляется в СтМО II уровня при помощи телемедицины.

В СтМО II уровня при типичной форме КПЛ СОР ведение пациента осуществляется по общепринятой методике, при верификации эрозивно-язвенных поражений применяются дополнительные методы обследования и привлекаются врачи-стоматологи смежных специальностей; это также проводится пациентам, направленным из СтМО I уровня. При выявлении ремиссии у пациентов, направленных из СтМО I уровня в СтМО II уровня, дальнейшее ведение осуществляется в СтМО I уровня, согласно порядку диспансеризации. При неэффективности терапии у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ СОР, которые были направлены из СтМО I уровня или первично обратились в СтМО II уровня, проводится консультация высококвалифицированных специалистов из СтМО III уровня с применением цифровых методов мониторинга и лечения с помощью телемедицины. Данный комплекс также осуществляется всем пациентам с эрозивно-язвенными поражениями при КПЛ, которые первично обратились в СтМО III уровня.

При диагностировании у пациентов, обратившихся в СтМО III уровня, типичной формы КПЛ СОР, тактика ведения заключается в применении общепринятой методики. При выявлении обострения типичной формы целесообразен междисциплинарный подход с привлечением врачей-стоматологов смежных специальностей из СтМО III уровня. При переходе воспалительно-деструктивного процесса в состояние ремиссии дальнейшее наблюдение пациентов, направленных в СтМО III уровня из СтМО I и II уровней, осуществляется в соответствии с порядком диспансеризации в СтМО по месту жительства.

При неэффективности мероприятий пациенты при помощи телемедицины направлялись для консультации высококвалифицированными специалистами, согласно схеме маршрутизации.

Общепринятое лечение проведено согласно Национальному руководству по терапевтической стоматологии (Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М., 2019), Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных КЛП Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2020). Местная терапия состояла из следующих мероприятий:

- при выраженном болевом синдроме — аппликационная обезболивающая симптоматическая терапия (5%-ный гель лидокаина);
- орошение антисептиками (0,05%-ный раствор хлоргексидина биглюконата) поверхности слизистой оболочки 2 раза в день в течение 10–14 дней;
- при обильном фибринозном налете — использование 0,1%-ного раствора трипсина;
- противовоспалительная терапия — нанесение 1%-ного гидрокортизона ацетата на воспалительно-деструктивные очаги 2 раза в день в течение 10–14 дней;
- аппликации средств, ускоряющих регенерацию поражений (масляный раствор витамина А).

Все пациенты были направлены на консультацию к специалистам общего профиля для назначения оптимальной схемы общей терапии.

Собственная методика лечения пациентов III группы заключалась в локальной доставке гидрокортизона и витамина А под действием постоянного электрического тока с использованием автономного аппарата для электрофореза Поток-1 (ЭМА, Екатеринбург). Для этого была разработана специальная внутритротовая насадка, являющаяся частью аппаратно-программного комплекса (АПК), которая дифференцированно, по показаниям критериальной балльной шкалы и параметрам АПК, осуществляла дозирование силы тока от 0 до 0,5 мА/см² во время процедуры.

Эффективность лечения определяли по клиническим показателям: сроку репаративной регенерации, интенсивности болевого синдрома по 4-балльной вербальной шкале и интенсивности отека и гиперемии по 5-балльной полуколичественной шкале. Контрольные осмотры проводили на 3, 7, 14, 21 и 30-й день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью обеспечения преемственности и организационного взаимодействия стоматологических медицинских организаций г. Волгограда и Волгоградской области проведена оптимизация схемы маршрутизации пациентов с КПЛ СОР с формированием трехэтапной системы оказания стоматологической помощи в зависимости от уровня СтМО и с применением телемедицинских технологий (рис. 1).

Клиническое исследование, проведенное у пациентов I и II группы, выявило положительную динамику и эффективность проводимой терапии, однако у пациентов сохранялись воспалительные явления, хотя их интенсивность была существенно ниже (средняя величина отека и гиперемии — 1,79±0,24 баллов у пациентов I группы и 1,58±0,05 баллов у пациентов II группы).

Спустя месяц проводимой терапии у 14 (44%) пациентов I группы и 16 (44%) пациентов II группы отмечена регенерация патологических элементов при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОР. Пациенты отмечали дискомфорт при приеме раздражающей пищи, однако субъективные ощущения свидетельствовали о значительном улучшении (рис. 2). Однако у 18 (56%) больных I группы и у 20 (56%) пациентов II группы отмечено отсутствие эпителизации и только снижение выраженности клинических параметров: средний уровень

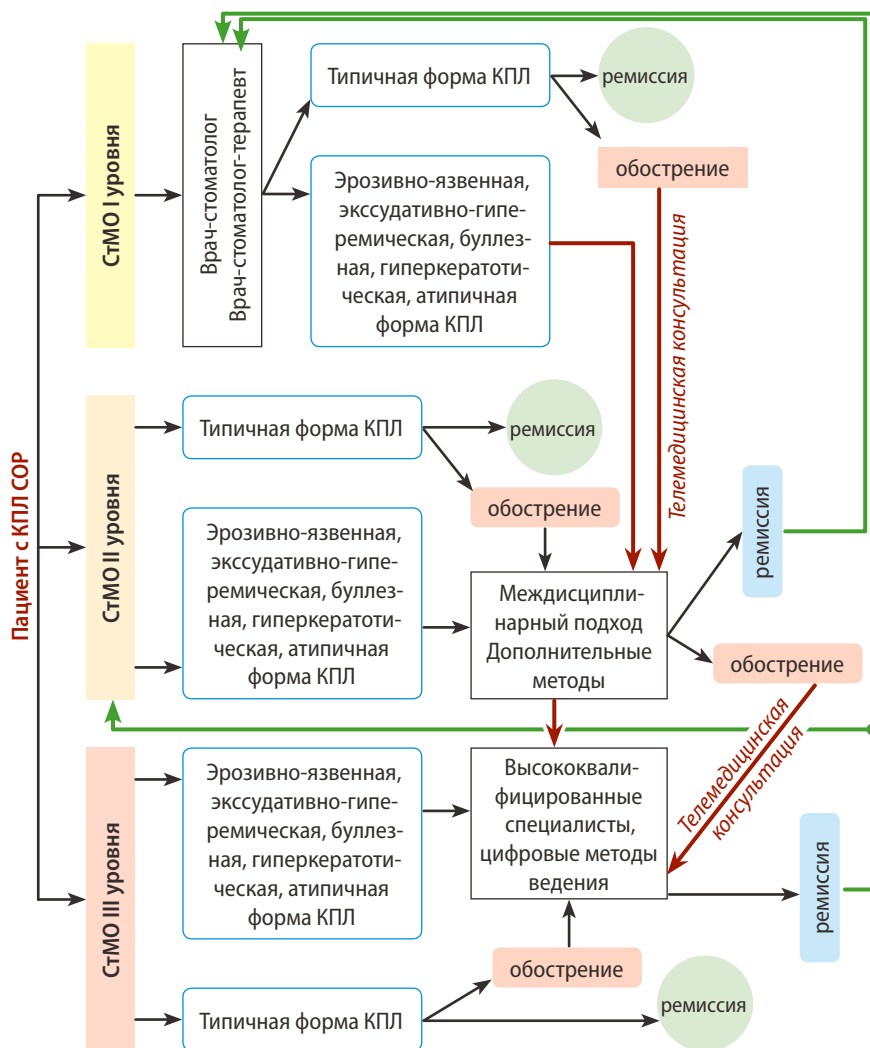


Рис. 1. Схема маршрутизации пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта

Fig. 1. Routing scheme for patients with oral lichen planus

боли — 1,18±0,59 балла, интенсивность отека и гиперемии — 1,51±0,84 балла, поэтому они были направлены в СтМО III уровня (рис. 3).

У всех пациентов III группы через 30 дней от начала лечения была зафиксирована стабилизация процесса, которая наблюдалась не только клинически,

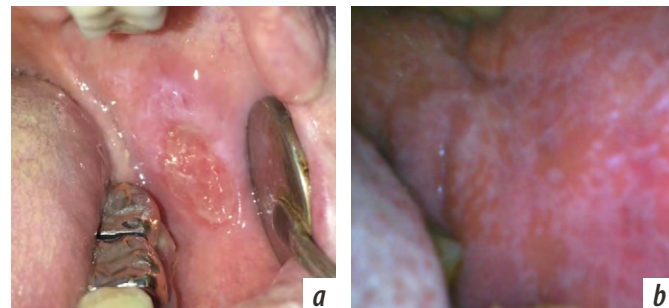


Рис. 2. Пациент В., 49 лет, с эрозивно-язвенной формой КПЛ: а) слизистая оболочка щеки до лечения, б) через 1 месяц терапии
Fig. 2. Patient В., 49 years old, with erosive and ulcerative form of OLP: а) cheek mucosa before treatment, б) after 1 month of therapy



Рис. 3. Пациент М., 53 лет, с эрозивно-язвенной формой КПЛ: слизистая оболочка щеки через 30 дней лечения (II группа)

Fig. 3. Patient M., 53 years old, with erosive and ulcerative form of OLP: the buccal mucosa after 30 days of treatment (group II)

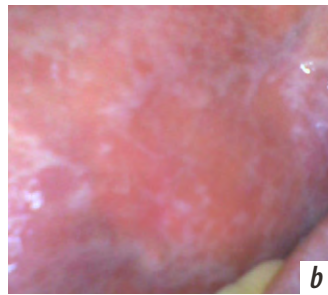
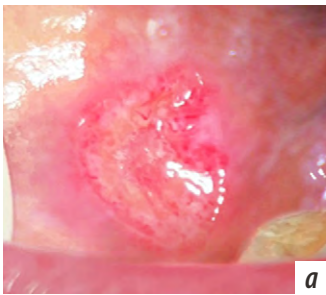


Рис. 4 — Пациент Т., 51 года, с эрозивно-язвенной формой КПЛ: а) слизистая оболочка щеки до лечения, б) через 1 месяц терапии (III группа)

Fig. 4. Patient T., 51 years old, with erosive and ulcerative form of OLP: a) buccal mucosa before treatment, b) buccal mucosa 1 month after therapy (group III)

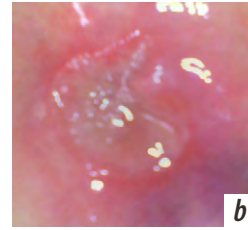
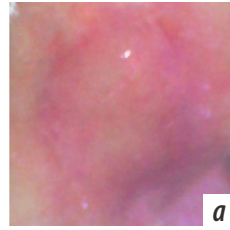


Рис. 5. Пациент Б., 52 лет, с эрозивно-язвенной формой КПЛ: а) клиническая картина до лечения, б) через 30 дней после неэффективного лечения в СтМО I уровня, с) клиническая стабилизация спустя 1 месяца терапии по авторской методике (контрольная группа)

Fig. 5. Patient B., 52 years old, with erosive and ulcerative form of OLP: a) pre-treatment clinical picture, b) 30 days after ineffective treatment, c) clinical stabilization after 1 month of therapy according to the author's method (control group)

но и с помощью разработанного АПК, при этом наблюдалась полная ликвидация воспалительно-деструктивного и болевого синдромов (рис. 4). Средний срок регенерации патологических очагов — $15,04 \pm 0,71$ дней.

В контрольную группу объединили 38 пациентов I и II группы, лечение которых в условиях СтМО I и II уровней не привело к успеху, они были направлены в СтМО III уровня при помощи телемедицинских технологий (табл. 1). После начала терапии с помощью разработанного АПК уже на 3-й день выявлена положительная динамика, которая проявлялась в нормализации субъективных ощущений и индексных показателей интенсивности боли, отека и гиперемии (см. табл. 2). Средний срок репаративной регенерации патологических очагов составил $17,26 \pm 0,72$ дня (рис. 5).

Таблица 1. Динамика клинических параметров при лечении КПЛ СОР

Table 1. Dynamics of clinical parameters in the OLP treatment

Срок лечения, дни	Интенсивность боли по ВРШ (от 0 до 4), баллы			Интенсивность отека и гиперемии по полуколичественной шкале (от 0 до 5), баллы		
	I группа (n=32)	II группа (n=36)	III группа (n=46)	I группа (n=32)	II группа (n=36)	III группа (n=46)
До лечения		2,84±0,06			3,84±0,06	
3	2,79±0,08	2,53±0,07	1,43±0,11	3,66±0,09	3,57±0,09	3,04±0,15
7	2,63±0,12	2,09±0,06	1,13±0,14	2,83±0,17	2,44±0,06	2,13±0,20
14	2,02±0,16	1,77±0,06	0,63±0,14	2,18±0,19	2,01±0,06	0,96±0,19
21	1,65±0,09	1,48±0,05	0,22±0,10	1,79±0,24	1,58±0,05	0,19±0,08
30	1,18±0,59	1,15±0,04	0	1,51±0,84	1,22±0,04	0

Таблица 2. Динамика клинических параметров при лечении КПЛ СОР по собственной методике у 38 пациентов контрольной группы

Table 2. Dynamics of clinical parameters in OLP treatment using own method in 38 patients of the control group

Срок лечения, дни	Интенсивность боли по ВРШ (от 0 до 4), баллы	Интенсивность отека и гиперемии по полуколичественной шкале (от 0 до 5), баллы
	До лечения	2,56±0,09
3	1,85±0,07*	3,19±0,11*
7	1,24±0,05*	2,51±0,09*
14	0,74±0,03*	1,09±0,04*
21	0,31±0,02*	0,34±0,02*
30	0	0

Примечание: * различия статистически достоверно значимы по сравнению значением до лечения ($p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

При контроле течения КПЛ СОР у пациентов из СтМО различных уровней наблюдалась положительная динамика, однако ее интенсивность, а также сроки репаративной регенерации были различны. У лиц, которые первично обратились в СтМО III уровня, наблюдалась более выраженная положительная динамика во время клинического наблюдения.

На 3-й день терапии выраженность болевого синдрома (1,43 балла) была достоверно ниже в III группе как по отношению к показателям до лечения (2,84 балла), так и относительно показателей контрольной группы (1,85 балла, $p < 0,05$). Также присутствовала разница в выраженности интенсивности отека и гиперемии, который у пациентов III группы стал меньше в 1,2 раза от начала лечения и в 1,05 раз меньше показателей пациентов контрольной группы.

Спустя неделю наблюдалось снижение показателей болевого синдрома и интенсивности отека и гиперемии у пациентов обеих групп относительно и 3-го дня наблюдения, и дня обращения. Так, в III группе интенсивность боли снизилась в 1,49 и 2,06 раза соответственно, когда в контрольной в 1,27 и 2,51 раза. При этом выраженность боли у пациентов III группы была в 1,1 раза меньше, чем у пациентов контрольной группы. При оценке отека и гиперемии слизистой оболочки, субъективные данные были подтверждены объективными критериями: спустя неделю у пациентов контрольной группы данный показатель больше в 1,18 раз. Это является показателем эффективности оптимизированной схемы маршрутизации и разработанной методики ведения.

Спустя 2 недели показатель интенсивности боли у пациентов III группы составил 0,41 балла, что в 1,8 раз меньше относительно контрольной группы. Данная тенденция сохранялась и в выраженности отечности и гиперемии: у больных, которых изначально лечили по авторской методике, данный показатель был на 67% ниже, чем у пациентов контрольной группы, у которых наблюдалось обострение течения патологии.

Спустя 3 недели у всех пациентов наблюдали положительную динамику с ликвидацией болевого симптома и воспалительных явлений, у большей части больных наблюдалась стабилизация процесса, проявляющаяся в образовании эпителиальной ткани. Однако у 7 (18%) пациентов контрольной и у 6 (13%) больных III группы наблюдались отдельные очаги эпителизации, поэтому их клиническое наблюдение продолжено до 30-го дня. При этом интенсивность боли по ВРШ характеризовалась почти полным ее отсутствием.

Спустя месяц у всех пациентов достигнута стабилизация эрозивно-язвенного процесса, клинически проявляющаяся в эпителизации деструктивных поражений и стихании воспалительных явлений, что соответствует типичной форме КПЛ СОР (рис. 6).

Таким образом, доказана эффективность схемы маршрутизации пациентов с КПЛ СОР, а также необходимость ее использования в стоматологической практике.

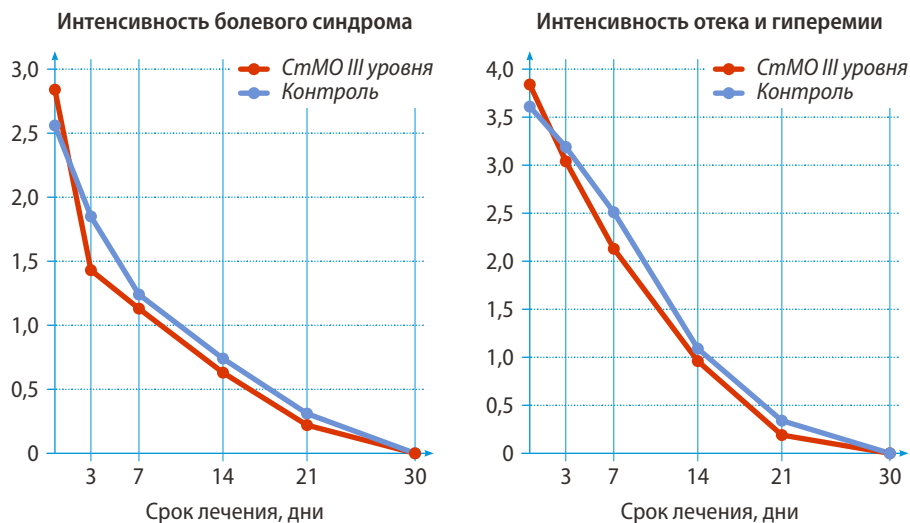


Рис. 6. Динамика показателей в III и контрольной группе: интенсивность болевого синдрома и интенсивность отека и гиперемии

Fig. 6. Dynamics of the indicators in group III and the control group: intensity of the pain syndrome and intensity of edema and hyperemia

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимизированная схема маршрутизации пациентов с КПЛ СОР достоверно и полно определяет алгоритм действий врача-стоматолога при ведении больных с данной патологией.

Трехэтапная схема маршрутизации ориентирована на население Волгограда и Волгоградской области, в том числе проживающее в сельской местности, в населенных пунктах, значительно удаленных территориально от стоматологических медицинских организаций.

Исследование показало эффективность схемы маршрутизации для повышения качества оказания стоматологической помощи пациентам с КПЛ СОР.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Государственный научный грант администрации Волгоградской области — 2022.

FUNDING.

Administration of the Volgograd Region grant 2022.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Поступила: 08.09.2022 **Принята в печать:** 23.10.2022

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Received: 08.09.2022 **Accepted:** 23.10.2022

ЛИТЕРАТУРА:

1. Латышева С.В., Будевская Т.В. Анализ выявленных поражений слизистой оболочки ротовой полости при первичном приеме пациентов. — *Современная стоматология*. — 2017; 1 (66): 34—37. [eLibrary ID: 28829251](https://doi.org/10.26907/28829251)

REFERENCES:

1. Latysheva S.V., Budzeuskaya T.V. The analysis of detection of the lesions of oral mucosa on the initial visit of patients. *Sovremennaya stomatologiya (Belarus)*. 2017; 1 (66): 34—37 (In Russ.). [eLibrary ID: 28829251](https://doi.org/10.26907/28829251)

2. Лукина Г.И., Беляева Ю.Г., Абрамова М.Я. Современное состояние диагностики предраковых заболеваний в стоматологии. — *Российская стоматология*. — 2019; 2: 53—54. [eLibrary ID: 40884093](#)
3. Македонова Ю.А., Поройский С.В., Гаврикова Л.М., Афанасьева О.Ю. Проявление заболеваний слизистой полости рта у больных, перенесших COVID-19. — *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. — 2021; 1 (77): 110—115. [eLibrary ID: 45153499](#)
4. Mutafchieva M.Z., Draganova-Filipova M.N., Zagorchev P.I., Tomov G.T. Oral lichen planus known and unknown: a Review. — *Folia Med (Plovdiv)*. — 2018; 60 (4): 528—535. [PMID: 31188760](#)
5. Шкарин В.В., Македонова Ю.А., Дьяченко С.В. Анализ распространенности красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у жителей волгограда. — *Медико-фармацевтический журнал Пульс*. — 2022; 4: 143—148. [eLibrary ID: 48341439](#)
6. Cerqueira J.D.M., Moura J.R., Arsati F., Lima-Arsati Y.B.O., Bitencourt R.A., Freitas V.S. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review. — *J Investig Clin Dent*. — 2018; 9 (4): e12363. [PMID: 30270524](#)
7. Chiang C.P., Yu-Fong Chang J., Wang Y.P., Wu Y.H., Lu S.Y., Sun A. Oral lichen planus — Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. — *J Formos Med Assoc*. — 2018; 117 (9): 756—765. [PMID: 29472048](#)
8. Parlatescu I., Tovar M., Nicolae C.L., Sfeatcu R., Didilescu A.C. Oral health-related quality of life in different clinical forms of oral lichen planus. — *Clin Oral Investig*. — 2020; 24 (1): 301—308. [PMID: 31098713](#)
9. Гаврикова Л.М., Македонова Ю.А., Дьяченко С.В. Эффективность комплексного купирования боли при лечении пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. — *Российский журнал боли*. — 2020; 5: 18—19. [eLibrary ID: 44008093](#)
10. Aboushelib M.N., Elsafi M.H. Clinical management protocol for dental implants inserted in patients with active lichen planus. — *J Prosthodont*. — 2017; 26 (1): 29—33. [PMID: 26916247](#)
11. Dyachenko S.V., Makedonova Yu.A., et al. The condition of the oral mucosa of patients with Covid-19. — *International Journal of Dentistry and Oral Research*. — 2021; 1 (3): 58 61. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ijdor/issue/69812/1166259>
12. Gururaj N., Hasinidevi P., Janani V., Divynadaniel T. Diagnosis and management of oral lichen planus — Review. — *J Oral Maxillofac Pathol*. 2021; 25 (3): 383—393. [PMID: 35281147](#)
13. Македонова Ю.А., Гаврикова Л.М., Дьяченко С.В., Ефимова Е.В. Клинические методы мониторинга воспалительно-деструктивных поражений слизистой оболочки полости рта. — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2022; 2: 12—17. [eLibrary ID: 49023090](#)
14. Cassol-Spanemberg J., Rodríguez-de Rivera-Campillo M.E., et al. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. — *J Clin Exp Dent*. — 2018; 10 (9): e938-e944. [PMID: 30386529](#)
15. Tampa M., Caruntu C., et al. Markers of oral lichen planus malignant transformation. — *Dis Markers*. — 2018; 2018: 1959506. [PMID: 29682099](#)
16. Рисман Б.В., Зубарев П.Н. Современные методики оценки течения раневого процесса. — *Известия Российской военно-медицинской академии*. — 2020; 3: 74—81. [eLibrary ID: 46412004](#)
2. Lukina G.I., Belyaeva Yu.G., Abramova M.Ya. The current state of the diagnosis of precancerous diseases in dentistry. *Russian Stomatology*. 2019; 2: 53—54 (In Russ.). [eLibrary ID: 40884093](#)
3. Makedonova Yu.A., Poroisky S.V., Gavrikova L.M., Afanasieva O.Y. Manifestation of the oral mucosa diseases in patients with COVID-19. *Vestnik VSMU*. 2021; 1 (77): 110—115 (In Russ.). [eLibrary ID: 45153499](#)
4. Mutafchieva M.Z., Draganova-Filipova M.N., Zagorchev P.I., Tomov G.T. Oral lichen planus known and unknown: a review. *Folia Med (Plovdiv)*. 2018; 60 (4): 528—535. [PMID: 31188760](#)
5. Shkarin V.V., Makedonova Yu.A., Dyachenko S.V. Analysis of the prevalence of lichen planus of the mucosa of the oral cavity in volgograd residents. *Medical and pharmaceutical journal Pulse*. 2022; 4: 143—148 (In Russ.). [eLibrary ID: 48341439](#)
6. Cerqueira J.D.M., Moura J.R., Arsati F., Lima-Arsati Y.B.O., Bitencourt R.A., Freitas V.S. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2018; 9 (4): e12363. [PMID: 30270524](#)
7. Chiang C.P., Yu-Fong Chang J., Wang Y.P., Wu Y.H., Lu S.Y., Sun A. Oral lichen planus — Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc*. 2018; 117 (9): 756—765. [PMID: 29472048](#)
8. Parlatescu I., Tovar M., et al. Oral health-related quality of life in different clinical forms of oral lichen planus. *Clin Oral Investig*. 2020; 24 (1): 301—308. [PMID: 31098713](#)
9. Gavrikova L.M., Makedonova Yu.A., Dyachenko S.V. Effectiveness of complex pain management in the treatment of patients with oral mucosal diseases. *Russian Journal of Pain*. 2020; 5: 18—19 (In Russ.). [eLibrary ID: 44008093](#)
10. Aboushelib M.N., Elsafi M.H. Clinical management protocol for dental implants inserted in patients with active lichen planus. *J Prosthodont*. 2017; 26 (1): 29—33. [PMID: 26916247](#)
11. Dyachenko S.V., Makedonova Yu.A., Gavrikova L.M., Dyachenko D.Yu., Yavuz I. The condition of the oral mucosa of patients with COVID-19. *International Journal of Dentistry and Oral Research*. 2021; 1 (3): 58 61. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ijdor/issue/69812/1166259>
12. Gururaj N., Hasinidevi P., Janani V., Divynadaniel T. Diagnosis and management of oral lichen planus — Review. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2021; 25 (3): 383—393. [PMID: 35281147](#)
13. Makedonova YuliyaA., Gavrikov LiudmilaM., Dyachenko SvetlanaV., Efimova ElenaV. Clinical methods of monitoring inflammatory-destructive lesions of the mucosa of the oral cavity. *Volgograd Scientific and Medical Journal*. 2022; 2: 12—17 (In Russ.). [eLibrary ID: 49023090](#)
14. Cassol-Spanemberg J., Rodríguez-de Rivera-Campillo M.E., Otero-Rey E.M., Estrugo-Devesa A., Jané-Salas E., López-López J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 2018; 10 (9): e938-e944. [PMID: 30386529](#)
15. Tampa M., Caruntu C., Mitran M., Mitran C., Sarbu I., Rusu L.C., Matei C., Constantin C., Neagu M., Georgescu S.R. Markers of oral lichen planus malignant transformation. *Dis Markers*. 2018; 2018: 1959506. [PMID: 29682099](#)
16. Risman B.V., Zubarev P.N. Modern methods for evaluating the process of the wound process. *Russian Military Medical Academy Reports*. 2020; 3: 74—81 (In Russ.). [eLibrary ID: 46412004](#)

17. Тлиш М.М., Осмоловская П.С. Красный плоский лишай. Современные методы терапии: систематический обзор. — *Кубанский научный медицинский вестник*. — 2021; 2: 104—119. [eLibrary ID: 45559580](#)
18. Wang Y., Du G., Shi L., Shen X., Shen Z., Liu W. Altered expression of CCN1 in oral lichen planus associated with keratinocyte activation and IL-1 β , ICAM1, and CCL5 up-regulation. — *J Oral Pathol Med*. — 2020; 49 (9): 920—925. [PMID: 32740993](#)
19. Sharda P., Mohta A., Ghiya B.C., Mehta R.D. Development of oral lichen planus after COVID-19 vaccination a rare case report. — *J Eur Acad Dermatol Venereol*. — 2022; 36 (2): e82—e83. [PMID: 34606669](#)
20. Македонова Ю.А., Шкарин В.В., Дьяченко С.В., Гаврикова Л.М., Дьяченко Д.Ю., Журавлев Л.В. Оценка клинической эффективности диагностики и мониторинга воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой полости рта с позиции пациентоориентированного подхода. — *Эндодонтия Today*. — 2022; 2: 162—170. [eLibrary ID: 49065613](#)
21. Дьяченко Д.Ю., Дьяченко С.В. Применение метода конечных элементов в компьютерной симуляции для улучшения качества лечения пациентов в стоматологии: систематический обзор. — *Кубанский научный медицинский вестник*. — 2021; 5: 98—116. [eLibrary ID: 47124529](#)
22. Папко С.В., Крайнюков П.Е., Аветисян А.А. Оптимизация управления деятельностью стоматологической организации на основе методологии системного подхода. — *Военно-медицинский журнал*. — 2018; 10: 10—14. [eLibrary ID: 36487874](#)
23. Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е., Львова Д.П., Кобяцкая Е.Е. Пациент-ориентированный подход: базовые понятия. — *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2017; 1-2: 9—13. [eLibrary ID: 28392705](#)
24. Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е., Львова Д.П., Кобяцкая Е.Е., Алленов А.М. Методика выявления и анализа точек контакта для реализации пациент-ориентированного и партисипативного подходов к маркетингу медицинских услуг. — *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2017; 7-8: 67—74. [eLibrary ID: 29817520](#)
25. Шкарин В.В., Симаков С.В., Ивашева В.В., Емельянова О.С., Чепурина Н.Г., Багметов Н.П., Ломовцев М.С. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Опыт региона: проблемы, решения. — *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2020; 7—8: 20—26. [eLibrary ID: 44016042](#)
26. Бабенко А.И., Кострубин С.А., Бабенко Е.А. Востребованность медицинских технологий при оказании стоматологической помощи взрослому населению в поликлинике. — *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2020; 3: 444—448. [eLibrary ID: 42992737](#)
27. Багненко А.С., Багненко Н.М., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К. Применение телеконсультаций при диагностике и лечении зубочелюстных аномалий в регионах с низкой плотностью населения (Часть I). — *Институт стоматологии*. — 2014; 1 (62): 62—65. [eLibrary ID: 22133906](#)
28. Македонова Ю.А., Гаврикова Л.М., Дьяченко С.В., Дьяченко Д.Ю. Эффективность телемедицинских технологий при лечении больных с заболеваниями слизистой полости рта. — *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. — 2021; 4 (80): 76—81. [eLibrary ID: 47447615](#)
17. Tlish M.M., Osmolovskaya P.S. Lichen planus ruber, current therapy: a systematic review. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2021; 2: 104—119 (In Russ.). [eLibrary ID: 45559580](#)
18. Wang Y., Du G., Shi L., Shen X., Shen Z., Liu W. Altered expression of CCN1 in oral lichen planus associated with keratinocyte activation and IL-1 β , ICAM1, and CCL5 up-regulation. *J Oral Pathol Med*. 2020; 49 (9): 920—925. [PMID: 32740993](#)
19. Sharda P., Mohta A., Ghiya B.C., Mehta R.D. Development of oral lichen planus after COVID-19 vaccination a rare case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022; 36 (2): e82—e83. [PMID: 34606669](#)
20. Makedonova Yu.A., Shkarin V.V., Dyachenko S.V., Gavrikova L.M., Dyachenko D.Yu., Zhuravlev L.V. Evaluation of the clinical effectiveness of diagnosis and monitoring of inflammatory and destructive diseases of the oral mucosa from the standpoint of a patient-guided approach. *Endodontics Today*. 2022; 2: 162—170 (In Russ.). [eLibrary ID: 49065613](#)
21. Dyachenko D.Yu., Dyachenko S.V. Finite element method in computer simulation for improved patient care in dentistry: A systematic review. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2021; 5: 98—116 (In Russ.). [eLibrary ID: 47124529](#)
22. Papko S.V., Krainyukov P.E., Avetisyan A.Ya. Optimization of the management of the activity of the dental organization based on the methodology of the system approach. *Military Medical Journal*. 2018; 10: 10—14 (In Russ.). [eLibrary ID: 36487874](#)
23. Halfin R.A., Syrtsova L.E., Lvova D.P., Kobatskay E.E. A patient-centered approach: basic concepts. *Health Care Standardization Problems*. 2017; 1-2: 9—13 (In Russ.). [eLibrary ID: 28392705](#)
24. Halfin R.A., Syrtsova L.E., Lvova D.P., Kobatskay E.E., Allenov A.M. Methods of identification and analysis of points of contact for the implementation of patient-centred and perceptive approaches to marketing of medical services. *Health Care Standardization Problems*. 2017; 7—8: 67—74 (In Russ.). [eLibrary ID: 29817520](#)
25. Shkarin V.V., Simakov S.V., Ivashева V.V., Emelyanova O.S., Chepurina N.G., Bagmetov N.P., Lomovtsev M.S. A new model of primary health care organization. Volgograd region's case: problems, solutions. *Health Care Standardization Problems*. 2020; 7-8: 20—26 (In Russ.). [eLibrary ID: 44016042](#)
26. Babenko A.I., Kostrubin S.A., Babenko E.A. The demand for medical technologies during provision of stomatological care to adult population in polyclinic. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020; 3: 444—448 (In Russ.). [eLibrary ID: 42992737](#)
27. Bagnenko A.S., Bagnenko N.M., Soldatova L.N., Iordanishvili A.K. Teleconsultations for diagnosis and treatment of dentoalveolar anomalies in regions with low population density (Part I). *The Dental Institute*. 2014; 1 (62): 62—65 (In Russ.). [eLibrary ID: 22133906](#)
28. Makedonova Yu.A., Gavrikova L.M., Dyachenko S.V., Dyachenko D.Yu. Efficiency of telemedical technologies in treatment of patients with the oral mucosa diseases. *Vestnik VSMU*. 2021; 4 (80): 76—81 (In Russ.). [eLibrary ID: 47447615](#)